

Requisição de Cobertura de Saúde e Ajuda no Pagamento de Custos

Formulário aprovado
No. OMB 0938-1191

IMPORTANTE SABER



Use esta requisição para ver a que opções de cobertura você se qualifica

- Planos acessíveis de seguro de saúde privado com cobertura abrangente para ajudá-lo a se manter saudável
- Um novo crédito fiscal que pode ajudá-lo imediatamente a pagar seus prêmios de cobertura de saúde
- Seguro gratuito ou de baixo custo do sistema Medicaid ou do Programa de Seguro de Saúde de Crianças (CHIP)

Você poderá se qualificar a participar de um programa gratuito ou mais barato mesmo que ganhe até \$94.000 por ano (para uma família de 4 pessoas).



Quem pode usar esta requisição?

- Use esta requisição para solicitar em nome de qualquer familiar.
- Requisite mesmo que você ou seus filhos já tenham cobertura de saúde. Você poderia se qualificar a uma cobertura de baixo custo ou gratuita.
- Se for solteiro, talvez possa usar um formulário mais curto. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- As famílias que incluem imigrantes também podem requisitar. Você pode requisitar para seus filhos, mesmo que você próprio não se qualifique para a cobertura. O fato de apresentar uma requisição não afeta sua condição de imigrante ou suas chances de se tornar residente permanente ou cidadão.
- Se alguém mais está ajudando você a preencher esta requisição, terá que preencher o Apêndice C.



É mais rápido requisitar online

Apresente sua requisição mais rapidamente online em [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).



Do que você precisa para requisitar

- Números de “Social Security” (ou os números dos documentos de imigrantes qualificados que precisam de seguro)
- Informações sobre emprego e renda de todas as pessoas de sua família (veja, por exemplo, nos contracheques, formulários W-2 ou extratos de pagamento de salários ou impostos)
- Números das apólices de seguros de saúde que tenha no momento
- Informações sobre qualquer outro seguro de saúde disponível aos seus familiares em função do emprego de alguém



Por que pedimos estas informações?

Pedimos informações sobre renda e outras para poder lhe informar a que tipo de cobertura você se qualifica e se pode obter ajuda para pagar pela mesma. **Toda informação que você nos prestar será mantida em sigilo e protegida, conforme exigido por lei.** Para ver a Declaração da Lei de Privacidade, acesse [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou veja as instruções.



O que acontece em seguida?

Envie sua requisição preenchida e assinada ao endereço na página 7. **Se não tiver toda a informação que pedimos, assine e envie sua requisição assim mesmo.** Entraremos em contato com você dentro de 1 a 2 semanas. Você receberá instruções sobre os próximos passos para completar sua cobertura de saúde. Se não receber notícia nossa, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou ligue para **1-800-318-2596**. O fato de preencher esta requisição não significa que terá que comprar uma cobertura de saúde.



Ajuda para preencher esta requisição

- **Online:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)
- **Telefone:** Ligue para nosso Help Center: **1-800-318-2596**.
- **Em pessoa:** Pode haver orientadores em sua área prontos para ajudar. Acesse [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou ligue para **1-800-318-2596** para obter mais informações.
- **Português:** Ligue para o nosso número toll-free para obter ajuda: **1-800-318-2596**.



PRECISA DE AJUDA COM ESTA REQUISIÇÃO? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.

PASSO 1 Informe-nos sobre você.

(Precisamos de um adulto de sua família para servir de contato sobre sua requisição.)

1. Prenome, Nome do Meio, Sobrenome e Sufixo			
2. Endereço residencial (Deixe em branco se não tiver.)			3. No. apartamento ou suite
4. Cidade	5. Estado	6. ZIP (código postal)	7. Condado ("County")
8. Endereço para correspondência (se for diferente do endereço residencial)			9. No. apartamento ou suite
10. Cidade	11. Estado	12. ZIP (código postal)	13. Condado ("County")
14. Telefone () -		15. Outro telefone () -	
16. Deseja receber informações sobre esta requisição por email? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Email: _____			
17. Em que idioma você prefere falar ou escrever (se não for inglês)?			

PASSO 2 Informe-nos sobre sua família.**Quem você precisa incluir nesta requisição?**

Informe-nos sobre os familiares que vivem com você. Se você faz declaração de imposto de renda, precisamos saber quem está incluído na sua declaração. (Veja bem: você não tem que declarar renda para ter direito à cobertura de saúde.)

Você precisa incluir:

- Você mesmo
- Seu cônjuge
- Filhos de até 21 anos que ainda moram com você
- Seu parceiro(a) não casado que precisa de cobertura de saúde
- Qualquer outra pessoa que você inclua na declaração de renda, mesmo que não morem com você
- Qualquer outra pessoa de até 21 anos de quem você cuide e que more com você

Não é preciso incluir:

- Seu parceiro(a) não casado que não precise de cobertura de saúde
- Os filhos do seu parceiro(a) não casado
- Seus pais que moram com você, mas apresentam declaração de renda em separado (se você tiver mais de 21 anos)
- Outros parentes adultos que apresentem suas próprias declarações de renda

O nível de assistência ou tipo de programa ao qual você se qualifica depende do número de pessoas em sua família e de suas rendas. Esta informação nos ajuda a garantir que todos tenham a melhor cobertura possível.

Complete o Passo 2 para cada pessoa da sua família. Comece com você mesmo e depois acrescente outros adultos e crianças. Se forem mais de 2 pessoas na sua família, copie as páginas, preencha e junte à requisição. Não precisa informar a situação como imigrante ou o número de "Social Security" (SSN) para os membros da família que não precisam de cobertura de saúde. Manteremos todas as informações que você fornecer em sigilo e protegidas, conforme exigido por lei. Só utilizaremos a informação pessoal para verificar se você se qualifica à cobertura de saúde.**PRECISA DE AJUDA COM ESTA REQUISIÇÃO?** Visite HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.

PASSO 2: PESSOA 1 (Comece com você)

Complete o Passo 2 para você mesmo, seu cônjuge/parceiro(a) e filhos que morem com você e/ou qualquer pessoa incluída na sua declaração de imposto de renda (se você apresentar declaração). Veja na página 1 mais informações sobre quem você deve incluir. Se você não apresenta declaração de imposto de renda, lembre-se de incluir familiares que moram com você.

1. Prenome, Nome do Meio, Sobrenome e Sufixo _____	2. Relação com você? EU PRÓPRIO
---	---

3. Data de nascimento (mm/dd/aaaa) _____	4. Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Homem <input checked="" type="checkbox"/> Mulher
---	--

5. No. de "Social Security" (SSN) _____ - _____ - _____

Precisamos deste dado, se você quiser cobertura de saúde e tiver o SSN. Mesmo que você não deseje cobertura de seguro para si próprio(a), fornecer seu número de seguridade social (SSN) pode ser útil, pois isto pode agilizar o processo de requisição. Usamos o SSN para comprovar renda e outras informações e ver quem se qualifica a receber ajuda para pagamento dos custos de cobertura de saúde. Se precisar de ajuda para obter um SSN, ligue para 1-800-772-1213 ou visite socialsecurity.gov. Os usuários de TTY devem ligar para 1-800-325-0778.

6. Você pretende apresentar declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO?

(Note que você pode requisitar seguro de saúde mesmo que não apresente declaração de imposto de renda federal.)

SIM. Se sim, favor responder às perguntas a-c. **NÃO. Se não**, passe à pergunta c.

a. Vai declarar junto com o cônjuge? Sim NÃO

Se sim, nome do cônjuge: _____

b. Vai incluir algum dependente na sua declaração de imposto de renda? Sim NÃO

Se sim, dê o(s) nome(s) do(s) dependente(s): _____

c. Você próprio será incluído como dependente na declaração de outra pessoa? Sim NÃO

Se sim, dê o nome desse declarante: _____

Qual é sua relação com esse declarante? _____

7. Está grávida? Sim Não a. **Se sim**, quantos bebês espera nesta gravidez? _____

8. Necessita de cobertura de saúde?

(Mesmo que já tenha seguro, poderá haver um programa com melhor cobertura ou que custa menos.)

SIM. Se sim, responda a todas as perguntas abaixo.  **NÃO. Se não**, PASSE para as perguntas sobre renda na página 3. Deixe o resto desta página em branco. 

9. Você sofre de uma condição física, mental ou emocional que limita as suas atividades (como banhar-se, vestir-se, realizar tarefas cotidianas, etc.), ou você vive numa unidade médica ou casa de repouso? Sim Não

10. É cidadão ou tem nacionalidade dos EUA? Sim Não

11. **Se não for cidadão ou tiver nacionalidade ("national") dos EUA**, você é imigrante qualificado? (Veja as instruções.)

Sim. Preencha seu tipo de documento e número de identidade (ID) abaixo.

a. Tipo de documento como imigrante _____ b. Número do documento de identidade _____

c. Mora nos EUA desde 1996? Sim Não d. Você ou seu cônjuge ou um genitor é veterano ou membro ativo das forças armadas dos EUA? Sim Não

12. Deseja ajuda para pagar contas médicas dos últimos 3 meses? Sim Não

13. Você vive com pelo menos um filho com menos de 19 anos e você é a principal pessoa que cuida desse filho? Sim Não

14. É estudante em tempo integral? Sim Não 15. Você vivia com família adotiva temporária ("foster care") aos 18 anos ou mais de idade? Sim Não

16. Se for hispano/latino, defina sua etnia (OPCIONAL—marque todas as opções aplicáveis.)

Mexicano Mexicano-Americano Chicano/a Portorriquenho Cubano Outro _____

17. Raça (OPCIONAL— marque todas as opções aplicáveis.)

<input checked="" type="checkbox"/> Branco	<input checked="" type="checkbox"/> Indígena Americano	<input checked="" type="checkbox"/> Filipino	<input checked="" type="checkbox"/> Vietnamita	<input checked="" type="checkbox"/> Guamaniano ou Chamorro
<input checked="" type="checkbox"/> Negro ou Afroamericano	<input checked="" type="checkbox"/> ou Nativo do Alasca	<input checked="" type="checkbox"/> Japonês	<input checked="" type="checkbox"/> Outro asiático	<input checked="" type="checkbox"/> Samoano
	<input checked="" type="checkbox"/> Indiano asiático	<input checked="" type="checkbox"/> Coreano	<input checked="" type="checkbox"/> Nativo do Havai	<input checked="" type="checkbox"/> Outra Ilha do Pacífico
	<input checked="" type="checkbox"/> Chinês			<input checked="" type="checkbox"/> Outro _____



PRECISA DE AJUDA COM ESTA REQUISIÇÃO? Visite HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.

PASSO 2: PESSOA 1 (Continue com você)

Informações sobre emprego e renda atuais

Empregado

Se estiver empregado no momento, informe-nos sobre sua renda. Comece com a pergunta 18.

Não empregado

Passe à pergunta 28.

Trabalho por conta própria

Passe à pergunta 27.

EMPREGO ATUAL 1:

18. Nome e endereço do empregador _____

19. Telefone do empregador (____) ____ - _____

20. Salário/gorjetas (pré-tributação) Por hora Semanal A cada 2 semanas Duas vezes ao mês Mensal Anual
 \$ _____

21. Média de horas trabalhadas por SEMANA _____

EMPREGO ATUAL 2: (Se tiver mais empregos e precisar de mais espaço, junte outra folha de papel.)

22. Nome e endereço do empregador _____

23. Telefone do empregador (____) ____ - _____

24. Salário/gorjetas (pré-tributação) Por hora Semanal A cada 2 semanas Duas vezes ao mês Mensal Anual
 \$ _____

25. Média de horas trabalhadas por SEMANA _____

26. **No último ano, você:** mudou de emprego? parou de trabalhar?
 começou a trabalhar menos horas? nenhuma das opções anteriores

27. Se trabalha por conta própria, responda às seguintes perguntas:

- a. Tipo de trabalho: _____
- b. Qual será sua renda líquida (seu lucro, depois de pagar as despesas do seu negócio) com este trabalho neste mês?
 (Veja as instruções.) \$ _____

28. OUTRAS RENDAS DESTES MÊS: Marque todas as que se aplicarem, informe o montante e a frequência com que recebe. Marque aqui se não houver nenhuma outra renda.

NOTA: Não precisa informar os pagamentos de pensão alimentícia, veteranos ou SSI (Programa de Auxílio Suplementar).

<input checked="" type="checkbox"/> Seguro desemprego	\$ _____	Frequência? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Pensão alimentícia recebida	\$ _____	Frequência? _____
<input checked="" type="checkbox"/> Pensões	\$ _____	Frequência? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Agricultura/pesca (valor líquido)	\$ _____	Frequência? _____
<input checked="" type="checkbox"/> Aposentadoria ("Social Security")	\$ _____	Frequência? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Aluguéis/royalties (valor líquido)	\$ _____	Frequência? _____
<input checked="" type="checkbox"/> Contas de aposentadoria	\$ _____	Frequência? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Outras rendas	\$ _____	Frequência? _____
			Tipo: _____		

29. DEDUÇÕES: Marque todas as que se aplicarem, informe o montante e a frequência com que recebe. Se você paga por certos itens que contam como deduções numa declaração de imposto de renda federal, relatá-los aqui poderá reduzir um pouco o custo da cobertura de saúde.

NOTA: Não inclua aqui custos que já incluiu na resposta sobre renda líquida como autônomo (pergunta 27b).

<input checked="" type="checkbox"/> Pensão alimentícia paga	\$ _____	Frequência? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Outras deduções	\$ _____	Frequência? _____
<input checked="" type="checkbox"/> Juros de empréstimos para estudo	\$ _____	Frequência? _____	Tipo: _____		

30. RENDA ANUAL: Preencha esta parte somente se sua renda mudar de mês a mês.

Se não prevê mudanças em sua renda mensal, passe para a próxima pessoa. 

Sua renda total este ano \$ _____

Sua renda total no próximo ano (se achar que vai ser diferente) \$ _____

OBRIGADO! É tudo que precisávamos saber sobre você.



PRECISA DE AJUDA COM ESTA REQUISIÇÃO? Visite HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.

PASSO 2: PESSOA 2

Se tiver mais de duas pessoas para incluir, faça uma cópia do Passo 2: Pessoa 2 (páginas 4 e 5) e preencha.

Complete o Passo 2 para você mesmo, seu cônjuge/parceiro(a) e filhos que morem com você e/ou qualquer pessoa incluída na sua declaração de imposto de renda (se você apresentar declaração). Veja na página 1 mais informações sobre quem você deve incluir. Se não apresenta declaração de imposto de renda, lembre-se de acrescentar familiares que moram com você.

1. Prenome, Nome do Meio, Sobrenome e Sufixo <input type="text"/>	2. Relação com você? (Veja as instruções.) <input type="text"/>
--	--

3. Data de nascimento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/>	4. Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Homem <input checked="" type="checkbox"/> Mulher
--	--

5. No. de "Social Security" (SSN) - -
Precisamos desta informação se você desejar cobertura de saúde para a PESSOA 2 e a PESSOA 2 tiver um SSN.

6. A PESSOA 2 mora no mesmo endereço que você? Sim Não
Se não, informe o endereço:

7. **A PESSOA 2 pretende apresentar declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO?** (Você ainda pode apresentar uma requisição de seguro de saúde, mesmo que a PESSOA 2 não apresente declaração de imposto de renda federal.)

SIM. Se sim, favor responder às perguntas a-c. **NÃO. Se não,** passe à pergunta c.

a. A PESSOA 2 declarará junto com o cônjuge? Sim NÃO

Se sim, nome do cônjuge:

b. A PESSOA 2 incluirá algum dependente na sua declaração de imposto de renda? Sim Não

Se sim, dê o(s) nome(s) do(s) dependente(s):

c. A PESSOA 2 será incluída como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa? Sim NÃO

Se sim, dê o nome do outro declarante:

Que relação tem a PESSOA 2 com o outro declarante?

8. A PESSOA 2 está grávida? Sim Não a. **Se sim,** quantos bebês são esperados nesta gravidez?

9. **A PESSOA 2 precisa de cobertura de saúde?** (Mesmo que a PESSOA 2 tenha seguro, pode haver um outro programa com melhor cobertura ou custos mais baixos.)

SIM. Se sim, responda a todas as perguntas abaixo. **NÃO. Se não,** PASSE para as perguntas sobre renda na página 5. Deixe o resto desta página em branco.

10. A PESSOA 2 sofre de uma condição física, mental ou emocional que limita as suas atividades (como banhar-se, vestir-se, realizar atividades cotidianas, etc.) ou vive numa instalação médica ou casa de repouso? Sim Não

11. A PESSOA 2 é cidadã ou tem nacionalidade dos EUA? Sim Não

12. **Se a PESSOA 2 não for cidadã ou tiver nacionalidade dos EUA,** ela tem condição de imigrante qualificado? (Veja as instruções.)

Sim. Preencha o tipo de documento da PESSOA 2 e número de identidade (ID) abaixo.

a. Tipo de documento de imigração b. Número do documento de identidade

c. A PESSOA 2 vive nos EUA desde 1996? Sim Não d. A PESSOA 2, ou o cônjuge ou genitor da PESSOA 2, é veterano de guerra ou membro em serviço ativo das forças armadas dos EUA? Sim Não

13. A PESSOA 2 deseja ajuda para pagar contas médicas dos últimos 3 meses? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	14. A PESSOA 2 vive com pelo menos um filho(a) com menos de 19 anos e a PESSOA 2 é a principal responsável por cuidar desse filho(a)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	15. A PESSOA 2 vivia com família adotiva temporária ("foster care") aos 18 anos ou mais de idade? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--

Favor responder às seguintes perguntas se a PESSOA 2 tiver no máximo 22 anos:

16. A PESSOA 2 tinha seguro através do emprego, mas perdeu o seguro nos últimos 3 meses? Sim Não
 a. **Se sim,** data em que terminou: b. Razão pela qual o seguro terminou:

17. A PESSOA 2 é estudante em tempo integral? Sim Não

18. **Se for hispano/latino, informe sua etnia (OPCIONAL— marque todas as opções aplicáveis.)**

Mexicano Mexicano-Americano Chicano/a Portorriquenho Cubano Outro

19. **Raça (OPCIONAL—marque todas as opções aplicáveis.)**

Branco Indígena Americano ou Nativo do Alasca Filipino Vietnamita Guamaniano ou Chamorro
 Negro ou Afroamericano Indiano asiático Japonês Outro asiático Samoano
 Chinês Coreano Nativo do Havai Outra Ilha do Pacífico Outro

Agora, informe-nos no verso sobre alguma renda da PESSOA 2.



PRECISA DE AJUDA COM ESTA REQUISIÇÃO? Visite HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.



PASSO 2: PESSOA 2

Informações sobre emprego e renda atuais

Empregado

Se a PESSOA 2 estiver empregada atualmente, dê-nos mais informações sobre sua renda. Comece pela pergunta 20.

Não empregado: Passe à pergunta 30.

Trabalho por conta própria: Passe à pergunta 29.

EMPREGO ATUAL 1:

20. Nome e endereço do empregador _____ 21. Telefone do empregador
 (____) ____ - _____

22. Salário/gorjetas (pré-tributação) Por hora Semanal A cada 2 semanas Duas vezes ao mês Mensal Anual
 \$ _____

23. Média de horas trabalhadas por SEMANA

EMPREGO ATUAL 2: (Se tiver mais empregos e precisar de mais espaço, junte outra folha de papel.)

24. Nome e endereço do empregador _____ 25. Telefone do empregador
 (____) ____ - _____

26. Salário/gorjetas (pré-tributação) Por hora Semanal A cada 2 semanas Duas vezes ao mês Mensal Anual
 \$ _____

27. Média de horas trabalhadas por SEMANA

28. No ano passado, a PESSOA 2: mudou de emprego? parou de trabalhar?
 começou a trabalhar menos horas? nenhuma das opções anteriores

29. Se a PESSOA 2 for empregada por conta própria, responda às seguintes perguntas:

- a. Tipo de trabalho: _____
 b. Qual é o valor da renda líquida (lucros, depois de pagar pelas despesas de negócios) que a PESSOA 2 obterá nesse trabalho autônomo este mês? (Veja as instruções.) \$ _____

30. **OUTRAS RENDAS DESTES MÊS:** Marque todas as opções aplicáveis, inclua o montante e com que frequência a PESSOA 2 as recebe. Marque aqui se não houver nenhuma outra renda.

NOTA: Não precisa informar sobre pensão alimentícia, pagamento de veterano ou programa de auxílio suplementar (SSI) da PESSOA 2.

<input type="checkbox"/> Seguro desemprego	\$ _____	Frequência? _____	<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia recebida	\$ _____	Frequência? _____
<input type="checkbox"/> Pensões	\$ _____	Frequência? _____	<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca (valor líquido)	\$ _____	Frequência? _____
<input type="checkbox"/> Aposentadoria ("Social Security")	\$ _____	Frequência? _____	<input type="checkbox"/> Aluguéis/royalties (valor líquido)	\$ _____	Frequência? _____
<input type="checkbox"/> Contas de aposentadoria	\$ _____	Frequência? _____	<input type="checkbox"/> Outras rendas	\$ _____	Frequência? _____
			Tipo: _____		

31. **DEDUÇÕES:** Marque todas as opções aplicáveis, inclua o montante e com que frequência a PESSOA 2 as recebe. Se a PESSOA 2 paga por certos itens que contam como deduções numa declaração de imposto de renda federal, relatá-los aqui poderá reduzir um pouco o custo da cobertura de saúde.

NOTA: Não inclua aqui custos que já incluiu na resposta sobre renda líquida como autônomo (pergunta 29b).

<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia paga	\$ _____	Frequência? _____	<input type="checkbox"/> Outras deduções	\$ _____	Frequência? _____
<input type="checkbox"/> Juros de empréstimos para estudo	\$ _____	Frequência? _____	Tipo: _____		

32. RENDA ANUAL: Preencha somente se a renda da PESSOA 2 mudar de mês a mês.

Se não prevê que haverá alguma mudança na renda mensal da PESSOA 2, pode passar para a próxima pessoa. 

Renda total da PESSOA 2 neste ano \$ _____ Renda total da PESSOA 2 no próximo ano (se acha que vai ser diferente) \$ _____

OBRIGADO! É tudo que precisamos saber sobre a PESSOA 2.



PRECISA DE AJUDA COM ESTA REQUISIÇÃO? Visite HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.

PASSO 3 Membros da família que são Indígenas Americanos ou Nativos do Alasca (AI/AN)

1. Você ou alguém da sua família é Indígena Americano ou Nativo do Alasca?

- NÃO.** Se **Não**, passe para o Passo 4.
- SIM.** Se **sim**, passe ao Apêndice B.

PASSO 4 Cobertura de saúde da sua família

Responda às perguntas abaixo para qualquer pessoa que precise de cobertura de saúde.

1. Alguém participa no momento da cobertura de saúde dos programas abaixo?

- SIM.** Se **sim**, indique o tipo de cobertura na caixa apropriada e escreva o nome da pessoa ou pessoas ao lado da cobertura que têm.
- NÃO.**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Medicaid _____ <input checked="" type="checkbox"/> CHIP _____ <input checked="" type="checkbox"/> Medicare _____ <input checked="" type="checkbox"/> TRICARE (Não marque se tiver atendimento direto ou atendimento em serviço)
_____ <input checked="" type="checkbox"/> Programas VA de atendimento de saúde
_____ <input checked="" type="checkbox"/> Voluntários da paz ("Peace Corps") _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Seguro do empregador _____ Nome do seguro de saúde: _____ Número de apólice: _____ É cobertura COBRA? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não É plano de saúde para aposentados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Outro Nome do seguro de saúde: _____ Número da apólice: _____ É um plano de benefícios limitados (como uma apólice para acidentes escolares)?
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
|--|--|

2. Foi oferecida a alguém incluído nesta requisição uma cobertura de saúde no trabalho? Marque sim, mesmo se esta cobertura for do trabalho de outra pessoa (por ex., de um genitor ou cônjuge).

- SIM.** Se **sim**, você terá que preencher e incluir o Apêndice A. Este é um plano de benefícios para empregados do governo?
 Sim Não
- NÃO.** Se **não**, continue no Passo 5.

PASSO 5 Leia e assine esta requisição.

- Assino esta requisição sujeito às penas de perjúrio, o que significa que forneci respostas verdadeiras a todas as perguntas deste formulário, pelo que me é dado saber. Sei que poderei estar sujeito às penalidades da lei federal se eu intencionalmente prestar informações falsas ou inverídicas.
- Sei que tenho que informar ao Mercado de Seguro de Saúde ("Health Insurance Marketplace") se qualquer coisa mudar (e for diferente) do que eu informei nesta requisição. Posso visitar [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou ligar para **1-800-318-2596** para avisar sobre alguma mudança ocorrida. Estou ciente de que mudanças nas minhas informações podem afetar a qualificação de membros da minha família para obter o seguro.
- Estou ciente de que, pela legislação federal, não se permite discriminação em função de raça, cor, origem nacional, sexo, idade, orientação sexual, identidade de gênero ou incapacidade. Posso dar entrada com uma queixa por discriminação ao visitar www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Sei que as informações prestadas neste formulário serão utilizadas somente para determinar a qualificação para a cobertura de saúde e serão mantidas em sigilo, conforme exigido por lei.
- Confirmo que nenhuma pessoa que solicita seguro de saúde através desta requisição encontra-se encarcerada (detida ou presa). Se não, _____ encontra-se encarcerada.
(nome da pessoa)

Necessitamos desta informação para verificar se você se qualifica a receber ajuda para o pagamento da cobertura de saúde, se você decidir requisitar a mesma. Verificaremos suas respostas usando informações dos nossos próprios e dos bancos de dados da Receita Federal dos EUA ("Internal Revenue Service - IRS), do órgão de seguridade social ("Social Security"), do departamento de segurança interna ("Department of Homeland Security") e/ou de alguma agência de informações sobre consumidores. Se houver discrepância de informações, poderemos lhe pedir que nos envie provas.



PRECISA DE AJUDA COM ESTA REQUISIÇÃO? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.

PASSO 5 (Continuação)

Renovação da cobertura no futuro

Para facilitar a determinação de minha qualificação para receber ajuda para o pagamento da cobertura de saúde no futuro, concordo em permitir ao Marketplace que utilize dados sobre renda, inclusive informações de declarações de imposto de renda. O Marketplace me enviará um aviso, permitirá que eu faça mudanças e poderei me retirar quando quiser.

Sim, favor renovar minha qualificação automaticamente para os próximos

- 5 anos (número máximo de anos que é permitido) ou por um número menor de anos:
- 4 anos 3 anos 2 anos 1 ano
- Não usar informações da declaração de imposto de renda para renovar minha cobertura.

Caso alguém incluído nesta requisição se qualifique para receber Medicaid

- Pelo presente, outorgo à agência Medicaid nossos direitos de reivindicar e obter quaisquer valores monetários de outros seguros de saúde, acordos judiciais e outros terceiros. Também outorgo à agência Medicaid o direito de reivindicar e obter de um cônjuge ou genitor apoio financeiro para fins médicos.
- Algum filho/a incluído/a nesta requisição tem um genitor que vive em outro domicílio? Sim Não
- Se sim, estou ciente de que serei solicitado a cooperar com a agência que cobra o apoio financeiro para fins médicos de um genitor ausente. Se eu achar que a cooperação para a cobrança de apoio financeiro para fins médicos poderá prejudicar a mim ou aos meus filhos, posso manifestar-me nesse sentido ao Medicaid e, nesse caso, posso ser dispensado de cooperar.

O que devo fazer se não concordar com as decisões sobre a minha qualificação?

Se você não concordar com os termos da sua qualificação, em muitos casos você poderá apelar. Leia atentamente o aviso quanto à sua qualificação para ver as instruções específicas de apelação para cada pessoa de sua família, inclusive quantos dias você tem de prazo para apresentar sua apelação. Veja abaixo informação importante sobre o que considerar ao apresentar uma apelação:

- Você pode pedir a alguém que apresente sua apelação ou participe da mesma, se assim você desejar. Essa pessoa pode ser um amigo, parente, advogado ou outra pessoa. Ou então você pode apresentar e participar em sua apelação sozinho(a).
- Se você der entrada em uma apelação, poderá talvez manter sua qualificação à cobertura enquanto tramita sua apelação.
- O resultado da sua apelação poderá mudar a qualificação de outros membros da sua família ou domicílio.

Para apelar quanto aos resultados da sua qualificação no Mercado (“Marketplace”), acesse sua conta Marketplace em [HealthCare.gov/marketplace](https://www.healthcare.gov/marketplace) ou ligue para **1-800-318-2596**. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**. Também pode enviar por correio um formulário preenchido de apresentação de apelação ou sua própria carta solicitando uma apelação a: **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750. Você pode apelar as decisões sobre sua qualificação para comprar seguro de saúde no Marketplace, bem como sobre os períodos de registro, créditos de impostos, reduções em participação dos custos, Medicaid e CHIP, se estes lhe tiverem sido negados. Se você se qualificar para receber créditos de impostos ou reduções em participação dos custos, poderá apelar contra o montante ao qual decidimos que você tinha direito. Dependendo do seu estado, você poderá apelar através do Marketplace ou talvez tenha que apresentar uma apelação junto ao Medicaid ou agência CHIP.

Assinar a requisição. A pessoa que preencheu o Passo 1 deve assinar esta requisição. Se você for um representante autorizado, poderá assinar aqui, desde que tenha fornecido a informação pedida no Apêndice C.

Assinatura	Data (mm/dd/aaaa)

PASSO 6 Envio do formulário de requisição preenchido.

Envie sua requisição assinada para:

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750

Se desejar se registrar para votar, preencha o formulário de registro de eleitor em [usa.gov](https://www.usa.gov).

Declaração Informativa da PRA

Segundo a PRA (lei americana de 1995 para redução da burocracia), ninguém é obrigado a responder a uma coleta de informações, exceto se esta exibir um número OMB válido de controle. O número OMB válido de controle para a presente coleta de informações é 0938-1191. O tempo necessário para preencher este formulário de coleta de informações foi estimado em uma média de 45 minutos por resposta, inclusive o tempo necessário para ler as instruções, fazer buscas em fontes existentes de dados, juntar os dados necessários e preencher e verificar o preenchimento da coleta de informações. Se tiver comentários sobre a precisão desta estimativa de tempo ou tiver sugestões de como melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports, Clearing, Mail Stop 2808, Baltimore, Maryland 21244-1850, **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente que idioma você quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4325**.

Membro da Família Indígena Americano ou Nativo do Alasca (AI/AN)

Preencha este apêndice se você ou um membro da sua família for Indígena Americano (AI) ou Nativo do Alasca (AN). Apresente este documento junto com sua Requisição de Cobertura de Saúde e Ajuda para Pagamento de Custos.

Informe-nos sobre o(s) membro(s) da família que são Indígenas Americanos ou Nativos do Alasca.

Os Indígenas Americanos e Nativos do Alasca podem receber os serviços da entidade "Indian Health Services" ou ainda dos programas especiais de saúde para tribos ou indígenas urbanos. Também podem ser dispensados da participação nos custos e gozar de períodos especiais de inscrição mensal. Responda às seguintes perguntas para garantir que sua família obtenha o máximo de ajuda possível.

NOTA: Se tiver mais pessoas para incluir, faça uma cópia desta página e junte à requisição.

	PESSOA AI/AN 1	PESSOA AI/AN 2
1. Nome (Prenome, Nome do Meio, Sobrenome)	Prenome Nome do Meio	Prenome Nome do Meio
	Sobrenome	Sobrenome
2. É membro de uma tribo reconhecida pelo Governo Federal?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Se sim, nome da tribo <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Se sim, nome da tribo <input checked="" type="checkbox"/> Não
3. Esta pessoa já recebeu alguma vez os serviços do Indian Health Service, de um programa de saúde tribal ou programa de saúde para indígenas urbanos ou foi encaminhada por algum desses programas?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se não, esta pessoa se qualifica a receber serviços do Indian Health Service, dos programas de saúde das tribos ou dos programas de saúde para indígenas urbanos ou foi encaminhada por algum desses programas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se não, esta pessoa tem direito a receber serviços do Indian Health Service, dos programas de saúde das tribos ou dos programas de saúde para indígenas urbanos ou foi encaminhada por algum desses programas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
4. Certos fundos recebidos não contam para o Medicaid ou o Programa CHIP (Programa de Seguro de Saúde para Crianças). Indique toda renda (valor e frequência) informada em sua requisição que inclua fundos obtidos dessas fontes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagamentos per capita de uma tribo originários de recursos naturais, direitos de uso, arrendamentos ou royalties • Pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, arrendamentos ou royalties relacionados a terras designadas como Reservas Indígenas pelo Departamento do Interior (inclusive reservas e ex-reservas) • Fundos obtidos com a venda de artigos de significado cultural 	\$ Com que frequência?	\$ Com que frequência?

PRECISA DE AJUDA PARA PREENCHER SUA REQUISIÇÃO? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente em que idioma quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4324**.



Ajuda para Preencher esta Requisição

Você pode escolher um representante autorizado.

Você pode dar permissão a uma pessoa de confiança para falar conosco sobre esta requisição, ver as informações sobre o seu caso e atuar em seu nome nas questões relacionadas a esta requisição, inclusive obter informações sobre o andamento da mesma e assiná-la em seu nome. Essa pessoa é o seu “representante autorizado”. Se, a qualquer momento, você precisar mudar esse representante autorizado, entre em contato com o Marketplace. Se você for o representante legalmente constituído de outra pessoa nesta requisição, favor juntar à mesma um documento de comprovação.

1. Nome do representante autorizado (Prenome, Nome do Meio, Sobrenome)		
[Hatched area]		
2. Endereço		3. Número de apartamento ou suite
[Hatched area]		[Hatched area]
4. Cidade	5. Estado	6. ZIP (código postal)
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
7. Telefone ([Hatched area]) [Hatched area] - [Hatched area]		
8. Nome da organização		9. No. de identidade (se aplicável)
[Hatched area]		[Hatched area]
Ao assinar aqui, você permite que esta pessoa assine sua requisição, obtenha informações oficiais sobre esta requisição e atue em seu nome em todos os assuntos futuros relacionados a esta requisição.		
10. Sua assinatura		11. Data (mm/dd/aaaa)
[Hatched area]		[Hatched area]

Somente para orientadores, navegadores, agentes e corretores certificados para requisições.

Preencha esta seção se for um orientador, navegador, agente ou corretor certificado que preenche esta requisição para outra pessoa.

1. Data de início da requisição (mm/dd/aaaa)	
[Hatched area]	
2. Prenome, Nome do Meio, Sobrenome e Sufixo	
[Hatched area]	
3. Nome da organização	4. No. de identidade (se aplicável)
[Hatched area]	[Hatched area]
5. Somente agentes/corretores: número NPN	
[Hatched area]	

PRECISA DE AJUDA PARA PREENCHER SUA REQUISIÇÃO? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou ligue para **1-800-318-2596**. Para obter uma cópia deste formulário em inglês, ligue para **1-800-318-2596**. Se precisar de ajuda em outro idioma além do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e informe ao representante de atendimento ao cliente em que idioma quer falar. Obteremos ajuda para você sem qualquer custo adicional. Os usuários de TTY devem ligar para **1-855-889-4324**.

